



ASOCIACIÓN DE EMPLEADOS DEL ELA  
AEELA - ASOCIACIÓN DE EMPLEADOS DEL ELA

FEB 16 2010

ASEGURADOS  
SUCURSAL DE PONCE

## SOLICITUD DE BENEFICIO POR AÑOS DE SERVICIO

VER INSTRUCCIONES AL DORSO

### I - INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

NOMBRE	Carmen D. Meléndez Rivera			SEGURO SOCIAL	584-80-8835	TELÉFONO	(787) 202-3027
DIRECCIÓN FÍSICA	Comunidad Cristina Calle Las Violetas AGS			DIRECCIÓN POSTAL	P.O. Box 801413 Coto Laurel P.R.		
PUEBLO	Juana Diaz	CÓDIGO POSTAL	00780-1413	PUEBLO	Ponce	CÓDIGO POSTAL	00780-1413
				FECHAS			
INDIQUE AGENCIA DÓNDE HA TRABAJADO				DESDE	HASTA		
A) Hospital Municipal San Juan				20 agosto 1975	Octubre 16 1977		
B) Hospital Regional Ponce				16 Octubre 1977	30 Septiembre 2009		
C)							

### Conteste las siguientes preguntas

¿Fecha ingresó al seguro? <u>2 14 77</u> Mes / Día / Año	¿Perdió el seguro alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ <input checked="" type="checkbox"/> No Fecha de Solicitud _____	¿Ha vuelto a ingresar al seguro alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ <input checked="" type="checkbox"/> No Firma del Solicitante 
--	--	---

### II - CERTIFICACIÓN DE LA AGENCIA

Certifico que <u>CARMEN D. MELENDEZ RIVERA</u>	Seguro Social <u>584-80-8835</u>
Cesó de trabajar en esta agencia en <u>septiembre/30/2009</u> Mes/Día/Año	
Disfrutó de Licencia sin Sueldo desde <u>n/a</u> Mes / Día / Año	Hasta <u>n/a</u> Mes / Día / Año
Fecha último descuento de Seguro <u>SEPT./30/2009</u>	
DEPARTAMENTO DE SALUD	<u>Vivian I. Laboy Santiago</u>
Nombre de la Agencia	Nombre Director de Personal o su Representante Autorizado
<u>30 de septiembre de 2009</u>	<u>Vivian I. Laboy Santiago</u>
Fecha de Certificación	Firma Director de Personal o su Representante Autorizado

### III - CERTIFICACIÓN DE SISTEMA DE RETIRO

**UNA VEZ SE LE APRUEBE LA PENSIÓN, DEBERÁ CERTIFICAR ESTE FORMULARIO EN EL SISTEMA DE RETIRO AL CUAL PERTENECE.**			
Certifico que <u>Carmen Meléndez Rivera</u>	Seguro Social <u>584-80-8835</u>		
Pensionado Número _____	se le aprobó la pensión efectivo al <u>OCT - 01 - 2009</u>		
Nombre del Sistema de Retiro al cual Pertenece	Mes / Día / Año		
<u>Adm. Gobernadora de Retiro</u>	<u>Madelaine Solis Galíxito</u>		
Fecha de Certificación	Nombre Director de Sistema de Retiro o su Representante Autorizado		
<u>8-Febrero- 2010</u>	<u>Madelaine Solis Galíxito</u>		
	Firma Director de Sistema de Retiro o su Representante Autorizado		